

Autismo e psicodiagnóstico de Rorschach

Ceres Alves de Araújo

Regina Sonia Gattas Fernandes do Nascimento

*Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
São Paulo, SP, Brasil*

Francisco Baptista Assumpção Junior

*Universidade de São Paulo
São Paulo, SP, Brasil*

RESUMO

A pesquisa teve como objetivo avaliar e analisar as características cognitivas e afetivas de crianças diagnosticadas com autismo e que apresentavam inteligência conservada, através do Psicodiagnóstico de Rorschach pelo Sistema Compreensivo de Exner. Crianças com essa condição apresentam déficit nos processos afetivos-sociais básicos desde idades muito precoces. Foram estudados, pelo teste de Rorschach, 21 meninos, com idade variando entre 6 anos e 3 meses a 16 anos e 3 meses diagnosticados como autistas, através dos critérios do DSM IV-TR e que apresentavam indícios de inteligência na faixa de normalidade, medida pela Escala de Inteligência Wechsler para Crianças, terceira edição. Os dados obtidos mostraram a existência de uma relativa integridade do processamento perceptivo-cognitivo. Foi positivo o índice do déficit relacional, demonstrando dificuldades em enfrentar as demandas comuns do meio social, dado compatível com a descrição clínica do quadro. Quanto às variáveis selecionadas para serem observadas, encontrou-se uma grande variabilidade em muitas delas, o que indica que não se pode afirmar que façam parte de um perfil específico para crianças com Transtornos Globais de Desenvolvimento, constituindo-se provavelmente, em características individuais.

Palavras-chave: autismo; psicodiagnóstico de Rorschach; inteligência; afeto.

ABSTRACT

Autism and Rorschach Test

The research aimed to evaluate and analyze the cognitive and affective characteristics of children diagnosed with autism and that presented normal intelligence, through Rorschach test and Exner Comprehensive System. Children under this condition have deficits in emotional and social development since early ages. Rorschach test was applied to 21 boys from 6 years and 6 months to 16 years and 2 months, diagnosed with autism through DSM-IV-TR criteria and showed signs of intelligence in the normal range, measured by Wechsler Intelligence Scale for Children, third edition. The data showed the existence of a relative integrity of the cognitive perceptual processing. The relational deficit index was positive, exhibiting difficulties in facing the ordinary social demands, compatible with clinical description. Regarding the variables selected to be observed, we found a large variability in many of them, which indicates that one cannot say that part of a specific profile for children with pervasive developmental disorders, being probably in individual characteristics.

Keywords: autism; Rorschach test; intelligence; affect.

RESUMEN

Autismo e psicodiagnóstico de Rorschach

La investigación tuvo como objetivo evaluar y analizar las características cognitivas y afectivas de los niños diagnosticados con autismo y los que presentaban inteligencia conservada, a través del Psicodiagnóstico de Rorschach por el Sistema Compreensivo de Exner. Los niños con esa condición presentan déficit en los procesos afectivos-sociales básicos desde temprana edad. Fueron estudiados, por el teste de Rorschach, 21 niños, con edad variando entre 6 años y 3 meses a 16 años y 3 meses diagnosticados como autistas, a través de los criterios del DSM IV-TR y que mostraron señales de inteligencia en el nivel de normalidad, medido por la Escala de Inteligencia Wechsler para Niños, tercera edición. Los datos obtenidos mostraron la existencia de una integridad relativa del procesamiento perceptivo-cognitivo. Fue positivo el índice del déficit relacional, demostrando dificultades en enfrentar las demandas comunes del medio social, dato compatible con la descripción clínica del cuadro. En cuanto a las variables seleccionadas para ser observadas, se encontró una gran variabilidad en muchas de ellas, lo que indica que no se puede afirmar que hagan parte de un perfil específico para niños con Trastornos Globales de Desarrollo, constituyéndose probablemente, en características individuales.

Palabras clave: autismo, psicodiagnóstico de Rorschach, inteligencia, afecto.

INTRODUÇÃO

Em 1943, Kanner descreve, sob a denominação “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”, um quadro caracterizado por autismo extremo, obsessividade, estereotípias e ecolalia, visualizando este conjunto de sinais como uma doença específica, relacionada a fenômenos da linha esquizofrênica. Esse quadro é por ele considerado uma “verdadeira psicose”, insistindo em diferenciá-lo de quadros deficitários sensoriais, como a afasia congênita e quadros ligados às oligofrenias (Kanner, 1956). Posteriormente passa a ser considerado uma síndrome, relacionada a déficits cognitivos, caracterizando-se, não mais como uma psicose, mas como um transtorno do desenvolvimento (Ritvo, 1976).

Hoje, o Autismo se enquadra na categoria “Transtornos Invasivos do Desenvolvimento” (American Psychiatric Association, 2002), e é retratado como um quadro iniciado antes dos três anos de idade, sendo decorrente de uma vasta gama de condições pré-, peri- e pós-natais, e caracterizado por prejuízo qualitativo na interação social, manifestado por prejuízo acentuado no uso de múltiplos comportamentos não-verbais (como contato visual direto, expressão facial, postura corporal e gestos para regular a interação social); fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares, apropriados ao nível de desenvolvimento; falta de tentativa espontânea de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas e falta de reciprocidade social ou emocional. Os prejuízos qualitativos na comunicação se manifestam através de atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada; em indivíduos com fala adequada, observa-se acentuado prejuízo na capacidade de iniciar ou manter uma conversação; uso estereotipado e repetitivo da linguagem, ou linguagem idiossincrática; falta de jogos ou brincadeiras de imitação social, variados e espontâneos, apropriados ao nível de desenvolvimento. Finalmente, os padrões restritos e repetitivos são manifestos através de preocupação insistente com um ou mais padrões, estereotipados e restritos de interesse, anormais em intensidade ou em foco; adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais, específicos e não-funcionais; maneirismos motores estereotipados e repetitivos; e preocupação persistente com partes de objetos.

Considerando-se a CID-10, encontramos o conceito de Transtornos globais do desenvolvimento descrito como um “... grupo de transtornos caracterizados por alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e modalidades de comunicação e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e

repetitivo. Estas anomalias qualitativas constituem uma característica global do funcionamento do sujeito, em todas as ocasiões” (OMS, 1993).

Lebovici, 1991, diz que “para os clínicos, o autismo é uma síndrome relativamente precisa, sendo altamente improvável que existam casos não orgânicos, constituindo-se então em uma disfunção orgânica e não em um problema dos pais” e, mesmo alguns autores da escola francesa, com sua tradição psicodinâmica, preferem vê-lo relacionado a questão cognitiva (Lellord, 1991). De acordo com esta visão, acredita-se que se deve considerar o autismo como uma patologia de etiologia biológica (Gillberg, 1990).

Sua ligação com a deficiência mental é clara, estabelecendo-se a ideia de um *continuum* autístico descrito por Wing (1988), em função da variabilidade da inteligência, com características sintomatológicas decorrentes desse perfil de desempenho, o que, conforme os trabalhos de Baron-Cohen (1988; 1991), se questione o conceito primitivo de Kanner e a própria noção original de psicose.

É então considerado como uma síndrome comportamental, com etiologias múltiplas e curso de um transtorno de desenvolvimento, caracterizando-se por um déficit na interação social visualizado na inabilidade em relacionar-se com o outro, combinado com déficits de linguagem e alterações comportamentais.

OBJETIVO

Avaliar e analisar as características cognitivas e afetivas de crianças diagnosticadas com autismo e que apresentassem inteligência conservada, através do Psicodiagnóstico de Rorschach pelo Sistema Compreensivo de Exner.

MÉTODO

Foram estudados 21 meninos, com idade variando entre 6 anos e 3 meses a 16 anos e 3 meses diagnosticados como autistas, pelos critérios do DSM IV-TR e que apresentavam indícios de inteligência na faixa de normalidade.

Instrumentos

Psicodiagnóstico de Rorschach: O método de Rorschach é um instrumento diagnóstico para a prática clínica que oferece informações tanto da estrutura como da dinâmica da personalidade.

WISC III. Escala de Inteligência Wechsler para Crianças. O teste WISC-III fornece uma medida total da capacidade intelectual e duas medidas separadas: verbal e de execução (Wechsler, 2002). O valor

de referência dos quocientes usado para fazer as comparações foi estabelecido pelos autores Bartak & Rutter (1976). Assim, para sujeitos com diagnóstico de Transtorno Global de Desenvolvimento Q.I. igual ou maior que 70 caracteriza inteligência preservada. A escolha do WISC-III foi motivada por ser, na época da sua aplicação, um teste traduzido e validado para a população brasileira.

Procedimentos

As crianças foram submetidas aos testes de Rorschach e ao WISC em três sessões, com 50 minutos de duração cada uma, como parte do atendimento em psicodiagnóstico realizado entre 1993 e 2007 em consultório particular de psicologia. As provas foram administradas de acordo com as normas definidas pelos manuais dos testes. Esses dados foram arquivados e, em 2008, foram reavaliados os protocolos. Todas as crianças foram devidamente autorizadas, por seus pais ou responsáveis, para participar do projeto em questão. Os dois testes foram aplicados pela primeira autora.

As respostas do Rorschach foram classificadas por duas psicólogas experientes no teste e na patologia estudada, separadamente e, posteriormente, discutidas as divergências da classificação para que se chegasse a um consenso.

Os dados obtidos foram lançados no Programa RIAP-5 (Rorschach Interpretation Assistance Program: Version 5) de Exner & Weiner (2008) para a produção dos protocolos. Esses dados permitiram a verificação da frequência das variáveis e das constelações mais frequentes.

Posteriormente foram estudadas as variáveis que poderiam estar mais relacionadas aos sintomas apresentados pelos sujeitos estudados, dada sua patologia:

- a) Lambda – é a proporção de respostas de forma pura. Implica em um estilo de simplificação perceptiva.
- b) X-% – a qualidade com que a forma é usada ao criar cada percepto representa a capacidade do indivíduo para perceber os objetos de maneira realista. X-% representa a porcentagem de respostas muito afastadas do habitual, implicando em distúrbio de perda da realidade.
- c) EA – a pontuação EA é a soma de ambos os lados do EB ($M:W\text{Sum } C = \text{Erlebnistipus}$ ou tipo de vivência). $EA (M+W\text{Sum}C) =$ índice dos recursos disponíveis que a pessoa possui.
- d) A – respostas de conteúdo animal – são frequentes, por serem as mais fáceis de serem vistas.
- e) P – respostas populares – são as respostas mais comuns às manchas de Rorschach. Medem o

grau de adaptação da pessoa às normas de seu grupo de referência.

- f) Variável FC (resposta de forma e cor, onde predomina a forma), variável CF (resposta de cor e forma, onde predomina cor) e variável C (cor pura) – indicam o grau de modulação das descargas e as trocas emocionais.
- g) Afr (proporção afetiva) – informa sobre a responsividade da pessoa aos estímulos emocionais.
- h) Conteúdo humano: variável H (resposta de humano inteiro), variável (H) (resposta de humano mitológico ou de ficção, inteiro), variável Hd (resposta de parte humana) e variável (Hd) (resposta de parte humana mitológica ou de ficção) – dão informações a respeito do modo como a pessoa percebe a si mesmo e aos demais.

Os dados foram analisados por meio do pacote estatístico Bioestat 5.0 (Ayres, 2007), utilizando-se o teste de correlação de Pearson para as variáveis do Rorschach e para as medidas de inteligência verbal, de execução e total.

RESULTADOS

Considerando-se a distribuição da amostra conforme idade, escolaridade e quocientes intelectuais, obtivemos os seguintes resultados:

TABELA 1
Caracterização da amostra segundo idade, escolaridade e quocientes intelectuais

	Nome	Idade	Série	QIT	QIV	QIE
1	MP	143	4	112	91	133
2	LD	156	4	78	63	100
3	JO	162	5	77	87	72
4	PFL	139	5	79	98	65
5	RS	178	7	91	92	92
6	FP	116	3	99	97	103
7	JLB	125	4	98	114	81
8	EH	107	1	97	85	111
9	PMO	117	3	101	76	130
10	BG	95	2	103	108	82
11	RM	91	1	93	80	110
12	AGC	195	6	69	82	59
13	IJ	196	8	78	84	75
14	RL	160	7	114	114	110
15	FT	132	2	89	89	96
16	OR	114	2	70	76	69
17	VC	104	1	84	95	88
18	TN	104	2	83	91	79
19	GM	153	6	65	58	77
20	PC	120	3	133	133	130
21	PR	76	1	107	100	115
	Média	132,52 (11anos)	3,67	91,43	91,10	94,14

A Tabela 1 nos indica que a amostra avaliada apresentava média de idade de $11,04 \pm 2,79$ anos com atraso de aproximadamente 1-2 anos em relação ao ano escolar que deveriam estar frequentando (frequência média na 3ª Série).

Nesta mesma tabela notamos que os Quocientes Intelectuais, avaliados ao WISC III, apresentaram discrepância entre QI verbal (QIV) e QI de execução (QIE) uma vez que onze dentre eles, mostraram QIV maior que QIE, nove mostraram QIE maior que QIV e somente uma criança apresentou QIV igual a QI.

Na Tabela 2 encontramos a distribuição dos valores obtidos pelos participantes da amostra nas constelações ou índices especiais:

TABELA 2
Distribuição da amostra segundo as constelações

Participante	PTI	DEPI	CDI	HVI	OBS
1	2	3	4	4	2
2	0	3	5	1	0
3	0	2	4	3	2
4	0	3	4	2	0
5	1	2	2	3	1
6	3	3	5	4	2
7	0	4	4	1	0
8	0	3	4	3	2
9	3	3	4	4	2
10	3	3	5	2	1
11	1	4	4	3	1
12	3	4	4	4	2
13	2	3	4	1	0
14	3	3	4	2	0
15	3	4	4	6	2
16	0	6	4	6	2
17	3	4	4	4	1
18	0	4	2	1	0
19	3	3	3	3	2

A distribuição da amostra conforme as variáveis: número de respostas, soma de respostas de conteúdo animal, soma de respostas populares, Índice lambda, variável EA (índice dos recursos disponíveis) e X-% (proporção de respostas cuja qualidade de forma é muito afastada do habitual) obtivemos os resultados apresentados na Tabela 3.

A distribuição dos resultados da amostra conforme as variáveis respostas de cor e Índice de afetividade, encontram-se na Tabela 4 e a Tabela 5 apresenta a distribuição dos resultados das variáveis de conteúdo humano obtidos na amostra.

TABELA 3
Resultados das variáveis R, Soma A, P, Lambda, EA e X-% por participante

Part.	R	Soma A	P	Lambda	EA	X-%
1	26	27	3	1,31	1,5	0,4
2	16	8	4	2,2	1	0,13
3	15	10	2	0,67	4	0,07
4	17	8	3	7,5	1,5	0,29
5	14	11	4	0,56	4,5	0,29
6	14	10	2	1,33	1,5	0,57
7	23	13	6	6,67	0	0,26
8	21	7	1	9,5	0	0,24
9	16	8	2	2,2	1,5	0,44
10	14	12	4	0,56	5	0,43
11	17	13	2	1,83	1	0,29
12	19	18	3	8,5	2	0,42
13	19	9	4	2,8	2	0,37
14	17	12	4	4,67	1	0,41
15	20	9	1	4	0	0,55
16	18	9	6	8	1	0,33
17	20	15	3	0,82	5	0,55
18	18	7	4	1,26	5,5	0,17
19	16	10	1	7	0	0,81
20	18	10	0	0,38	4,5	0,33
21	14	8	2	0,4	5	0,21
Média	17,71	11,14	2,90	3,44	2,26	0,36
DP	3,12	4,50	1,58	3,12	1,94	0,17

TABELA 4
Frequência de respostas de cor e resultados do índice de Afetividade (Afr) por participante

Participante	FC	CF	C	Afr
1	0	0	1	0,43
2	0	0	0	0,33
3	0	0	0	0,5
4	0	0	0	0,55
5	0	0	1	0,56
6	0	0	0	0,4
7	0	0	0	1,3
8	0	1	0	0,5
9	3	0	0	0,23
10	1	2	0	0,4
11	0	0	0	0,42
12	0	2	0	0,36
13	0	0	0	0,46
14	0	0	0	0,42
15	0	0	0	0,43
16	0	0	0	0,29
17	1	0	0	0,43
18	0	0	1	0,29
19	0	0	0	0,6
20	1	0	0	0,38
21	0	0	1	0,27
Média	0,29	0,24	0,19	0,45
DP	0,72	0,62	0,40	0,22

TABELA 5
Frequência de respostas de conteúdo humano
por participante

Participante	H	(H)	Hd	(Hd)	Soma H
1	0	0	0	2	2
2	1	2	0	0	3
3	1	2	0	0	3
4	1	1	0	0	2
5	3	2	0	0	5
6	0	1	1	0	2
7	1	2	0	0	3
8	5	0	0	0	5
9	0	5	0	1	6
10	0	0	2	0	2
11	1	0	0	1	2
12	0	1	0	0	1
13	2	0	0	0	2
14	1	0	0	0	1
15	2	5	3	0	10
16	1	5	1	1	8
17	2	0	1	1	4
18	3	1	1	0	5
19	4	1	0	0	5
20	1	2	0	0	3
21	1	2	0	1	4
Média	1,43	1,52	0,43	0,33	3,7
DP	1,36	1,66	0,81	0,58	2,28

A Tabela 6 apresenta as correlações entre alguns dos resultados do Rorschach com os resultados do WISC III.

DISCUSSÃO

Considerando-se que os indivíduos com autismo que possuem a inteligência preservada apresentam habitualmente, nível de inteligência normal ou acima da normalidade, associado a um padrão de aquisição de linguagem em geral também normal, embora essa mostre déficits semânticos e, paralelamente, observem-se neles comprometimentos diversos, detectados através de provas específicas (Davies et al., 1994; Bogdashina, 2003; Pietz et al., 2003) é que consideramos de importância os dados obtidos em nosso estudo.

Em relação ao índice de alteração da percepção e do pensamento – PTI – não existe um ponto de corte, embora valores mais baixos sejam preferíveis aos mais elevados. Seus resultados variam de 0 a 5 e Exner (2003) sugere que o ponto que diferencia a presença de transtornos seja PTI>3, valores mais observados em amostras de esquizofrênicos, ao passo que em amostras normais os resultados se apresentem, mais frequentemente, entre 0 e 1.

TABELA 6
Matriz de correlações entre variáveis do Rorschach e
QI Verbal, de Execução e Total

		QIV	QIE	QIT
CDI	r	0,54(*)	0,16	0,43(*)
	p	0,012	0,500	0,049
	N	21	21	21
EB/M	r	-0,005	-0,21	-0,21
	p	0,985	0,355	0,355
	N	21	21	21
FM	r	0,13	0,29	0,27
	p	0,590	0,206	0,232
	N	21	21	21
M	r	0,62(*)	0,30	0,57(*)
	p	0,003	0,180	0,008
	N	21	21	21
eb/somb	r	0,54(*)	0,34	0,55(*)
	p	0,011	0,131	0,010
	N	21	21	21
eb/FM+m	r	0,36	0,39	0,48(*)
	p	0,105	0,081	0,028
	N	21	21	21
es	r	0,55(*)	0,48(*)	0,65(*)
	p	0,010	0,027	0,001
	N	21	21	21
Lambda	r	-0,26	-0,42	-0,43
	p	0,249	0,059	0,054
	N	21	21	21
X-%	r	-0,14	-0,03	-0,10
	p	0,556	0,913	0,675
	N	20	20	20
EA	r	0,39	-0,03	0,21
	p	0,085	0,913	0,373
	N	21	21	21
A	r	-0,01	-0,12	-0,07
	p	0,958	0,592	0,773
	N	21	21	21
P	r	0,002	-0,44(*)	-0,27
	p	0,992	0,044	0,239
	N	21	21	21

Na população avaliada, nenhum indivíduo apresentou resultados superiores a 3 sendo o valor médio igual a 1,71, abaixo portanto, dos valores observados em quadros esquizofrênicos, o que sugere a existência de uma relativa integridade do processamento perceptivo-cognitivo. Isso nos leva a pensar na inadequação inicial de se classificar os quadros autísticos dentro das psicoses infantis uma vez que nenhum dos pacientes avaliados apresentou resultados 4 ou 5 no índice de alteração do pensamento e da percepção. Entretanto, cabe considerar que o valor 3 foi encontrado em 8 indivíduos (38%) indicando comprometimento de moderado a grave, proporção maior do que a encontrada na população de adultos e adolescentes não-pacientes (Nascimento, 2010a, 2010b). No entanto, acreditamos estar afastada a possibilidade de transtornos graves perceptivos e do

pensamento, não havendo também, nenhuma correlação entre os valores do PTI e os resultados dos QIs verbal, de execução e total. Seu alto funcionamento deve ter contribuído para este resultado.

Considerando-se a o índice de estilo obsessivo – OBS, observamos que nenhum dos sujeitos avaliados apresentou OBS positivo, com uma média de 1,14. Esse resultado é similar aos da amostra normativa de adultos (Nascimento, 2010a) e adolescentes brasileiros (Nascimento, 2010b).

Levando-se em conta os resultados baixos para o índice de depressão – DEPI, notamos que só dois dos sujeitos da amostra marcaram positivamente este índice (9,5%), com a média de 3,43 encontrando-se abaixo da nota de corte (DEPI>5), achado este bastante diferente da amostra normativa de adultos (Nascimento, 2010a) e de adolescentes brasileiros (Nascimento (2010b). Entretanto, espera-se que uma amostra composta por crianças apresente um resultado mais baixo.

Os resultados baixos para o índice de hipervigilância – HVI se expressam pela média encontrada (igual a 3) também estar abaixo do ponto de corte (HVI = marcada a primeira condição, mais pelo menos 4 das 7 demais condições) embora dois sujeitos da amostra (9,5%) terem marcado positivamente este índice, frequência menor do que entre adolescentes da amostra normativa brasileira (Nascimento, 2010b).

Observou-se ainda resultados elevados para o índice de déficit relacional – CDI com 18 sujeitos (85,7%) apresentando CDI positivo, com média igual a 4, valor situado acima do ponto de corte (CDI>3). Este índice representa uma medida das dificuldades do indivíduo no manejo da complexidade da vida cotidiana. Assim, a população estudada tem dificuldades em enfrentar com eficiência as demandas comuns de seu meio social, apresentando assim, um déficit relacional. Esse índice elevado evidencia problema de interação com os outros, possibilidade de relações superficiais e pouco duradouras devido à falta de sensibilidade às necessidades e interesses dos outros (Sendin, 1999).

Estes resultados são significativos na diferenciação entre a amostra clínica e a população não clínica embora, até o momento, não existam parâmetros publicados compatíveis com a idade estudada neste trabalho. Nossa hipótese é que o grupo estudado apresente este dado com maior frequência que outras crianças e que também apresentem protocolos menos complexos. Eles representam a própria descrição clínica do quadro estudado que refere o prejuízo qualitativo na interação social, envolvendo o prejuízo no comportamento não-verbal. Essas falhas no desenvolvimento são observadas clinicamente, a partir da falta de interesse espontâneo em dividir experiências com outros, falta

de reciprocidade emocional ou social, padrões restritos de comportamento (repetitivos e estereotipados), interesses e atividades que envolvem a preocupação com um ou mais padrões de interesse, também restritos e estereotipados, inflexibilidade a rotinas e rituais não-funcionais específicos, e maneirismos motores, com preocupação com partes de objetos. Observa-se, assim, isolamento social, com extremo egocentrismo, falta de habilidade em interagir com os pares, associada à falta de desejo de interagir e à pobre apreciação da trama social, com respostas socialmente impróprias.

Quanto às variáveis selecionadas para serem observadas, encontramos uma grande variabilidade em muitas delas, o que indica que não podemos afirmar que façam parte de um perfil específico para crianças com Transtornos Globais de Desenvolvimento, constituindo-se provavelmente, em características individuais.

Assim, referente ao número de respostas (R) encontramos valores entre 14 e 26 com respostas populares (P) variando de zero a seis. Lambda variou entre 0,4 a 9,5 o que nos permite pensar, pelos elevados escores de lambda, que se observa um estilo evitativo mais que uma defesa propriamente dita, posto que se encontrou, simultaneamente, número de respostas adequado e, eventualmente, respostas Populares e Animais diminuídas, como foi observado nos participantes 7, 8, 15, 16 e 19.

Os resultados observados em EA e X-% também evidenciam variações individuais. Assim, EA variou entre zero (valor muito baixo) e 5,5 (valor normal) e X-% entre 0,07 e 0,81, evidenciando grande dispersão de valores e alguns indivíduos bem mais prejudicados que outros.

Nota-se ainda, na grande maioria dos casos, grande restrição à respostas de cor (FC, CF e C), bem como baixos resultados nos índices de afetividade (Afr) embora também tenham sido encontradas variações individuais nestes resultados. Vale ressaltar que a presença de respostas C puro, indica que esses indivíduos podem apresentar algumas respostas afetivas, embora carecendo de controle racional.

Pode-se também salientar os resultados da soma de respostas H. Embora haja alguma variabilidade e alguns dos participantes tenham apresentado resultados mais elevados, é evidente que estas crianças apresentaram mais respostas de (H), ou seja, de humanos não reais, fantásticos ou mitológicos do que de humanos reais, embora tenham existido exceções. Esta é uma característica exibida pelo grupo estudado que também parece caracterizá-lo. Observa-se que os participantes 9, 15 e 16 têm um número elevado de respostas humanas, porém com maior concentração da respostas (H). O participante 15 apresenta ainda mais respostas Hd.

Nosso estudo realizou também uma análise de correlação entre os escores do Rorschach e medidas de inteligência (QIV, QIE e QIT) do WISC. Os resultados, conforme apresenta a tabela 6, mostra que conforme aumenta o QI aumenta a angústia. As respostas relativas a manifestação de pensamentos, deliberados ou não, são mais presentes entre aqueles que têm melhor QI. As correlações foram observadas com os QIT e QIV do WISC e não com o QIE.

Também no estudo de correlação com as variáveis do Rorschach (Lambda, X-%, EA, A e P) e os QIE, QIV e QIT encontramos algumas delas se estabelecendo moderada e marginalmente (Lambda x QIT; EA x QIV; Lambda x QIE). Isso, provavelmente ocorreu pelo pequeno tamanho da amostra que, se aumentada, talvez possibilite uma maior significância.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos por este estudo evidenciam a riqueza que o método de Rorschach pode trazer para a compreensão do quadro do autismo.

É difícil generalizar os dados obtidos devido ao pequeno tamanho da população estudada bem como a heterogeneidade das características dos participantes do estudo. No entanto, trata-se de um quadro clínico de baixa incidência, sendo constituído por pessoas com grandes dificuldades em responder a uma avaliação psicológica, seja nos testes de inteligência, seja no método de Rorschach. Assim, os dados obtidos, face a essas características, refletem um universo significativo.

Acreditamos que o aprofundamento deste estudo possa evidenciar melhor as características dos portadores de autismo, contribuindo para a compreensão dos casos individualmente.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Text Revised. Washington, D.C.
- Ayres, M., Ayres Jr, M., Ayres, D.L. & Santos, A. S. (2007). *BioEstat 5.0*. Belém: IDSM/MCT/CNPq.
- Baron-cohen, S. (1988). Social and pragmatic deficits in autism: cognitive or affective? *J Autism Develop Disord*, 18(3), 379-401.
- Baron-Cohen, S. (1991). The development of a theory of mind in autism: deviance or delay? *Psychiat Clin North Am*, 14(1), 33-52.
- Bartak, L. & Rutter, M. (1976). Differences between mentally retarded and normally intelligent autistic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 6(2), 109-120.
- Bogdashina, O. (2003). *Sensory perceptual issues in Autism and Asperger Syndrome*. London: Jessica Kingsley Pub.
- Davies, S., Bishop, D., Manstead, A. S. R. & Tantan D. (1994). Face perception in children with autism and Asperger's syndrome. *J Child Psychol Psychiatry*, 35, 1033-1057.

- Exner, J. E. & Erdberg, P. (2005). *The Rorschach: a comprehensive system* (3rd ed.): (Vol. 2). Hoboken, New Jersey: Wiley.
- Exner, J. E. & Weiner, I. B. (2008). *Rorschach Interpretation Assistance Program: Version 5*. Lutz: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Gilberg, C. (1990). Autism and pervasive developmental disorders. *J Child Psychol Psychiat*, 31(1), 99-119.
- Kanner, L. (1956). Early infantile autism revisited. *American J Orthopsychiatry*, (26), 55-65.
- Lebovici, S. & Duché, D. J. (1991). Os conceitos de autismo e psicose na criança. In Mazet, P. & Lebovici, S. *Autismo e psicoses na criança*. Porto Alegre: Artes Medicas.
- Lelord, G. & Sauvage, D. (1991). *L' autisme de l'enfant*. Paris: Masson Eds.
- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed.
- Nascimento, R. S. F. G. (2010a). *Sistema Compreensivo do Rorschach: Teoria, Pesquisa e Normas para a População Brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nascimento, R. S. G. F. (2010b). *Estudo Normativo do Rorschach com adolescentes não pacientes da cidade de São Paulo*. Relatório de Pesquisa FAPESP não publicado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Pietz, J. Ebinger, F. & Dietz, R. (2003). Prosopagnosia in a preschool child with Asperger Syndrome. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 45(1), 55-57.
- Ritvo, E. R. (1976). *Autism: Diagnosis, current research and management*. New York: Spectrum.
- Sendin, C. (1999). *Controle e Tolerância ao Estresse*. In Exner, J.E. & Sendin, C. *Manual de Interpretação do Rorschach para o Sistema Compreensivo* (pp. 175-184). São Paulo. Casa do Psicólogo.
- Wechsler, D. (2002). *WISC-III: Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças* (3rd ed). (Trad. Vera Lucia Marques de Figueiredo). São Paulo: Casa do psicólogo.
- Wing, L. (1988). The autistic continuum. In Wing, L. (Ed.). *Aspects of autism: Biological research* (pp. 5-8). London: Royal College of Psychiatrists & The National Autistic Society.

Recebido em: 26-04-2010. Aceito em: 12-05-2011.

Autores:

Ceres Alves de Araújo – Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1970), mestrado em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1986) e doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana (Fonoaudiologia) pela Universidade Federal de São Paulo (1992). Atualmente é professora associada da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, consultora externa do Conselho Federal de Psicologia e professora da Sociedade Brasileira de Psicologia Analítica. É membro da Academia Paulista de Psicologia, ocupando a cadeira 39. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia do Desenvolvimento Humano, atuando principalmente nos seguintes temas: criança, autismo, psicodiagnóstico e resiliência.

Regina Sonia Gattas Fernandes do Nascimento – Possui graduação em Psicologia pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de São Bento da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP, 1971), mestrado em Psicologia Social (PUC-SP, 1978) e doutorado em Psicologia Clínica (PUC-SP, 1993). Atualmente é professora associada da Faculdade de Psicologia da PUC-SP e diretora da Clínica Psicológica “Ana Maria Poppovic” da PUC-SP. Ex-presidente da Associação Brasileira de Rorschach e Outros Métodos Projetivos (ASBRO). Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Clínica e Métodos de Avaliação Psicológica, atuando principalmente nos seguintes temas: Método de Rorschach, Medidas em Psicologia, Avaliação Psicológica, Psicanálise, Orientação Vocacional, Atendimento Clínico de Orientação Psicanalítica. É líder de grupo de pesquisa CNPq. Tem desenvolvido projetos de pesquisa para realização de estudos normativos do Método de Rorschach, com apoio financeiro da FAPESP.

Francisco Baptista Assumpção Junior – Possui graduação em Medicina pela Fundação do ABC (1974), mestrado em Psicologia (Psicologia Clínica) pela

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1985) e doutorado em Psicologia (Psicologia Clínica) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1988) e livre docência pela Faculdade de Medicina da USP (1993) atualmente é professor Associado do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Psiquiatria, atuando principalmente nos seguintes temas: deficiência mental, sexualidade, psiquiatria infantil e autismo.

Enviar correspondência para:

Ceres Alves de Araújo
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica
Rua Monte Alegre, 984 – Perdizes
CEP 05015-001, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: <ceneide@uol.com.br>